



بررسی راهبردهای روان‌شناختی زنان نابارور با تحمل ابهام بالا در فرآیند درمان: یک مطالعه کیفی

نیلوفر دیرمانچی: دانشجوی دکتری مشاوره، گروه تربیت و مشاوره، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
¹ سمیه کاظمیان: دانشیار، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران (* نویسنده مسئول) s.kazemian@atu.ac.ir
 علی اکبر خسروی بابادی: دانشیار، گروه برنامه‌ریزی درسی واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

چکیده

کلیدواژه‌ها

تحمل ابهام،
راهبردهای روانشناختی،
زنان نابارور،
مطالعه کیفی

زمینه و هدف: با توجه به اینکه ناباروری شدیداً افراد را از لحاظ روان‌شناختی تحت تأثیر قرار می‌دهد، پژوهش حاضر با هدف واکاوی راهبردهای روان‌شناختی زنان نابارور با تحمل ابهام بالا صورت گرفته است.

روش کار: این مطالعه با رویکرد کیفی و روش پدیدارشناسی انجام شد. ۱۲ نفر از زنان نابارور که حداقل ۲ بار تحت درمان لقاح مصنوعی قرار گرفته بودند و در پرسش‌نامه تحمل ابهام مک‌لین نمره بالا به دست آوردند، در بیمارستان شهید اکبرآبادی در سال ۱۴۰۲ بر اساس نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب و با استفاده از مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختار یافته، مورد مصاحبه قرار گرفتند. همه مصاحبه‌ها ضبط و سپس دست‌نویس گردید و با استفاده از روش هفت مرحله‌ای کلازی، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتیجه حاصل از این پژوهش نشان داد که زنان نابارور با تحمل ابهام بالا راهبردهای روان‌شناختی خود را در چهار مرحله طی می‌کنند که این مراحل عبارتند از: الف. نگاه مثبت نسبت به درمان (تلاش‌های متعدد، خوشبینی و امیدواری، انتظار موفقیت، روبه‌رو شدن با چالش‌های حین درمان)، ب. واقع‌بینانه شدن و کاهش انتظارات (تردید و نگرانی، جستجوی اطلاعات، مشورت با متخصصان، کسب حمایت روانی بیرونی، تعصب نداشتن به گزینه‌های درمان، تغییر نگرش و تطبیق با واقعیت)، ج. تفویض به مشیت الهی (پذیرش و تسلیم، تقدیرگرایی، حفظ امید) و د. دگردیسی مرکزیت زندگی (جستجوی راهکارهای جایگزین، تصمیم‌گیری درباره مسیر درمانی، کسب حمایت خانواده و دوستان، بهبود روان‌شناختی، اقدام برای بازیابی کنترل زندگی).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج حاصل از یافته‌های این پژوهش می‌توان دریافت زنان ناباروری که نسبت به ابهام تحمل بالایی دارند، شروع به شناخت مثبت در مورد وضعیت مربوط به خود می‌کنند و این شناخت‌ها را به عنوان یک قطعیت در نظر نمی‌گیرند. آن‌ها همچنان که با امیدواری به درمان ادامه می‌دهند، دیگر جنبه‌های زندگی خود را حذف نمی‌کنند و تلاش برای باردار شدن را در کنار مسائل دیگر زندگی دنبال می‌کنند.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Dirmanchi N, Kazemian S, Khosravi Babadi AA. Examining the Psychological Strategies of Infertile Women with High Ambiguity Tolerance in the Treatment Process: A Qualitative Study. Razi J Med Sci. 2024(7 Jul);31.63.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en>).

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با **CC BY-NC-SA 4.0** صورت گرفته است.



Original Article

Examining the Psychological Strategies of Infertile Women with High Ambiguity Tolerance in the Treatment Process: A Qualitative Study

Niloufar Dirmanchi; PhD Student, Department of Education and Counseling, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Somayeh Kazemian; Associate Professor, Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran (* Corresponding Author) s.kazemian@atu.ac.ir

Ali Akbar Khosravi Babadi; Associate Professor, Department of Education and Counseling, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Abstract

Background & Aims: Fertility has become a growing problem for many couples who are trying to conceive(1). Although infertility is not a life-threatening issue, it can still be a stressful life experience for couples. The high stress of infertility can be attributed to the fact that having children is important in general society(6). People with infertility often face pressures and ambiguous situations in society due to the type of infertility. Different groups probably deal with infertility differently. In other words, not all infertile people experience infertility in the same way(10). Following a highly ambiguous pregnancy loss, bereaved couples struggle with distress due to various forms of ambiguity(11). Ambiguity tolerance refers to how an individual (or group) perceives and processes information about ambiguous situations or stimuli when faced with familiar, complex, or incongruous and unpredictable cues. A person with ambiguity tolerance experiences less stress reacts earlier and avoids ambiguous stimuli. However, people with high ambiguity tolerance find the situations of desirable stimuli challenging and interesting and do not reject or distort their incongruity complexity. Ambiguity-tolerant people tend to perceive ambiguous situations and ambiguous stimuli as desirable, challenging, and interesting. People with low ambiguity tolerance react prematurely, experience more anxiety and stress, and try to avoid ambiguous stimuli. They also tend to reach results as quickly as possible(12). Therefore, tolerance of ambiguity is one of the important factors in dealing with problems. In infertility, these patients are looking for a definite and clear medical diagnosis. One of the problems of infertile women is tolerating ambiguity. In the meantime, every person takes psychological strategies to face their problems. Although according to the researcher's reviews, no specific studies have been conducted regarding the psychological strategies of infertile women with high ambiguity tolerance, some studies have indirectly addressed the psychological strategies of these women. It is divided into self-focused strategies and other-focused strategies(17). Also, the results of another research have pointed to coping strategies focused on the individual, coping strategies focused on the family, and strategies focused on the community(18). The present study was conducted to analyze the psychological strategies of infertile women with high ambiguity tolerance.

Methods: The study employed a qualitative approach and used the phenomenological method. The research was conducted with infertile women who were referred to the obstetrics and gynecology department of Shahid Akbar Abadi Hospital, an educational, research, and treatment center. The inclusion criteria involved being diagnosed with primary infertility by a gynecologist and obstetrician, aged between 20 and 45, having at least a high school diploma, experiencing infertility for at least 24 months after unprotected sex, undergoing at least two unsuccessful artificial insemination attempts, not having a psychological disorder or receiving counseling or psychiatric services during the study, and being willing to participate. Exclusion criteria included unwillingness to participate, withholding information during the interview, and becoming pregnant during the study.

The sample was selected based on the scores obtained from McLean's Ambiguity Tolerance Questionnaire(1993), given to 55 women who had undergone artificial insemination treatment at least twice. Those with high scores in the questionnaire were chosen for interviews. The

Keywords

Psychological strategies, infertile women, ambiguity tolerance, qualitative study

Received: 16/01/2024

Published: 07/07/2024

number of participants was determined based on the study's nature and the quality of the collected information, until theoretical saturation was reached.

The study utilized the seven-stage Collaizi's analysis method. The first step involved carefully reading the participants' statements multiple times after conducting the interviews. Subsequently, in the second step, important sentences were extracted. In the third step, the researcher attempted to formulate the meanings of each important sentence. Following this, in the fourth step, the formulated meanings were classified into clusters of positions. In the fifth step, the researcher integrated all the ideas obtained into a detailed description of the field under study. Moving on to the sixth stage, the researcher condensed this detailed description of the studied phenomenon into a basic structure. Finally, in the last stage, the researcher referred back to the research participants and conducted a final interview to assess the validity of the results(19).

Results: The study aimed to explore the psychological strategies of infertile women with high ambiguity tolerance who had undergone IVF treatment at least twice. Through interviews with 12 participants, 754 primary codes or conceptual propositions were identified and categorized into 18 sub-themes, with 4 main content areas identified. The study found that infertility treatment exerts both physical and psychological pressure on women, leading to uncertainty about the outcomes and making life more challenging. Importantly, the research highlighted the lack of direct investigation into the psychological strategies of infertile women with high ambiguity tolerance, emphasizing the significance of the current study.

The research identified four stages in the psychological strategies of infertile women with high ambiguity tolerance during the treatment process:

The positive outlook on life: This stage involves making multiple efforts, maintaining optimism and hope, expecting success, and facing challenges during treatment. **Becoming realistic and reducing expectations:** Women in this stage experience doubts and worries, seek information, consult with experts, obtain external psychological support, avoid bias towards treatment options, and adapt to reality. **Surrendering to divine providence:** This stage involves acceptance and surrender, fatalism, and maintaining hope.

Transformation of the centrality of life: Women in this stage search for alternative solutions, decide on the course of treatment, obtain support from family and friends, experience psychological improvement, and take action to regain control of life.

The study concluded that infertile women with high ambiguity tolerance maintain a positive outlook on their situation without considering it as a certainty. They continue to hope for treatment success while not neglecting other aspects of their lives, actively pursuing conception alongside other life issues.

Conclusion: According to the results of the findings of this research, it can be concluded that infertile women who have a high tolerance for ambiguity, start to know positively about their respective situation and do not consider this knowledge as a certainty. As they continue to hope for treatment, they do not eliminate other aspects of their lives and pursue trying to conceive alongside other life issues.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Dirmanchi N, Kazemian S, Khosravi Babadi AA. Examining the Psychological Strategies of Infertile Women with High Ambiguity Tolerance in the Treatment Process: A Qualitative Study. *Razi J Med Sci.* 2024(7 Jul);31.63.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en>).

***This work is published under CC BY-NC-SA 4.0 licence.**

مقدمه

باروری برای بسیاری از زوج‌هایی که سعی در بچه‌دار شدن دارند به یک مشکل رو به رشد تبدیل شده است (۱). باروری به عنوان یک نقش طبیعی و مورد انتظار خانواده و جزء معمول بزرگسالی محسوب می‌شود. از نظر کاپلان «بارداری نماد خودشکوفایی و هویت در زنان است» (۲). همچنین ناباروری به معنای ناتوانی در تولید مثل می‌باشد. ناباروری یک بیماری دستگانه تناسلی زن یا مرد است که با عدم موفقیت در بارداری پس از ۱۲ ماه یا بیشتر از مقاربت جنسی محافظت نشده منظم تعریف می‌شود (۳). امروزه شیوع ناباروری در جهان در حال افزایش می‌باشد. اخیراً شیوع ناباروری در بین ۹ تا ۱۸ درصد جمعیت عمومی در دنیا گزارش شده است. شیوع کلی ناباروری در ایران ۱۳/۲ درصد است که این میزان به متوسط آمار جهانی نزدیک می‌باشد (۴). درمان ناباروری مانند لقاح مصنوعی (In vitro fertilisation-IVF) پرهزینه و طولانی است و نرخ موفقیت غیر قابل پیش بینی در دستیابی به بارداری کامل و سالم دارد. غیرقابل اعتماد بودن درمان و هزینه مالی مرتبط با لقاح مصنوعی می‌تواند استرس روانی را تشدید کند. همچنین نشان داده شده است که شکست در درمان ناباروری از نظر عاطفی برای زنان آزاردهنده است (۵).

در این میان اگرچه ناباروری یک موضوع تهدید کننده زندگی نیست، اما همچنان به عنوان یک تجربه زندگی استرس زا برای زوجین محسوب می‌شود. استرس بالای ناباروری را می‌توان به این واقعیت نسبت داد که داشتن فرزند در جامعه عمومی مهم است (۶). در کشورهای شرقی و اسلامی، فرزندآوری با ارزش‌ترین و مهم‌ترین بخش منزلت خانواده می‌باشد. همچنین داشتن فرزند، نمادی از رضایت زناشویی و مایه تثبیت خانواده است. برای یک زن، فرزندآوری از نظر روانی بسیار رضایت بخش و قسمت مهمی از زندگی او را تشکیل می‌دهد. در حالی که احساس نداشتن فرزند یا ناتوانی در به دنیا آوردن فرزند باعث افزایش ناراضی شخصی، مسائل زناشویی که گاهی منجر به طلاق می‌شود و حتی ازدواج دوم به ویژه در جوامع سنتی که مردان می‌توانند با بیش از یک زن ازدواج کنند، می‌شود. در این جوامع خانواده همسر، نگرش‌های منفی آن‌ها و رفتار افراد مهم

از عوامل اصلی مشکلات روانی در زنان نابارور است. زنان نابارور در اثر پیامدهای منفی جامعه، آزار، انگ و بی ثباتی زناشویی را تجربه می‌کنند. ناباروری می‌تواند تأثیر بسزایی بر موقعیت اجتماعی و مهم تر از همه بر سلامت روان زنان داشته باشد (۷). اگرچه هر دو جنس از نظر عاطفی تحت تأثیر ناباروری هستند، به نظر می‌رسد که زنان استرس و فشار بیشتری را متحمل می‌شوند و همچنین میزان اضطراب و افسردگی بیشتری را تجربه می‌کنند. چندین مطالعه نشان داده‌اند که تا ۵۰ درصد از زنان نابارور بیان کرده‌اند که ناباروری چالش برانگیزترین مسئله در زندگی آن‌ها بوده است. طبق آمار سازمان جهانی بهداشت، ناباروری به سومین بیماری مهم در قرن بیست و یکم تبدیل شده است (۸). مطالعات دیگر نشان داده‌اند که فشار روانی-اجتماعی ناشی از این مورد مشابه آن چیزی است که در بیماران مبتلا به بیماری‌های تهدید کننده زندگی مانند سرطان و نارسایی عروق کرونر دیده می‌شود (۹).

افرادی که از ناباروری رنج می‌برند اغلب با فشار و موقعیت‌های مبهم بسیاری در جامعه به دلیل نوع ناباروری مواجه می‌شوند. گروه‌های مختلف احتمالاً به طور متفاوتی با ناباروری برخورد می‌کنند. به عبارت دیگر همه افراد نابارور، ناباروری را به یک شکل تجربه نمی‌کنند (۱۰). به دنبال از دست دادن بارداری که دارای ابهام بسیار می‌باشد، زوجین داغ‌دیده به دلیل اشکال مختلف ابهام با ناراحتی دست و پنجه نرم می‌کنند (۱۱). در این میان تحمل ابهام به روشی اشاره دارد که یک فرد (یا گروه) اطلاعات مربوط به موقعیت‌ها یا محرک‌های مبهم را هنگام مواجهه با مجموعه‌ای از سرنخ‌های آشنا، پیچیده یا نامتجانس درک و پردازش می‌کند. فردی که تحمل ابهام پایینی دارد استرس را تجربه می‌کند، زودتر واکنش نشان می‌دهد و از محرک‌های مبهم اجتناب می‌کند. ولی افرادی که تحمل ابهام بالایی دارند، موقعیت‌های محرک‌های مطلوب را چالش برانگیز و جالب می‌دانند و پیچیدگی ناسازگاری آن‌ها را رد یا تحریف نمی‌کنند. افرادی که ابهام را تحمل می‌کنند، میل دارند موقعیت‌های مبهم و محرک‌های مبهم را مطلوب، چالش برانگیز و جالب درک کنند. افرادی که تحمل ابهام کمتری دارند، زودتر از موعد واکنش نشان می‌دهند، اضطراب و استرس بیشتری را

روش کار

این مطالعه با رویکرد کیفی و روش پدیدارشناسی انجام شد. در این پژوهش جامعه آماری زنان نابارور مراجعه کننده به بخش فوق تخصصی درمان ناباروری مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی بیمارستان شهید اکبرآبادی بوده است. ملاک ورود به مطالعه شامل ابتلاء به ناباروری اولیه (به تایید متخصص زنان و زایمان)، قرار داشتن در محدوده سنی ۲۰ تا ۴۵ سال، حداقل سطح تحصیلات دیپلم، مدت زمان ابتلاء به ناباروری پس از ۲۴ ماه رابطه جنسی محافظت نشده، حداقل داشتن دو بار تجربه لقاح مصنوعی ناموفق، عدم وجود اختلال روانشناختی، عدم دریافت خدمات مشاوره‌ای، روانشناسی و روان‌پزشکی در حین پژوهش و رضایت از شرکت در پژوهش بود. همچنین ملاک‌های خروج از مطالعه نیز عدم تمایل شرکت کننده به شرکت در ادامه پژوهش، بازداری از ارائه اطلاعات در حین انجام مصاحبه، باردار شدن در حین مطالعه بود. جهت انتخاب نمونه ابتدا پرسش نامه تحمل ابهام مک لین (۱۹۹۳) به ۵۵ نفر از زنانی که حداقل ۲ بار تحت درمان لقاح مصنوعی قرار گرفته بودند، داده شد. سپس آنانی که دارای نمره بالا در این پرسش نامه بودند جهت مصاحبه انتخاب گردیدند. تعداد مشارکت کنندگان بر اساس ماهیت مطالعه و کیفیت اطلاعات جمع آوری شده تا زمان دستیابی به اشباع نظری تعیین گردید.

ابزار پژوهش

برای جمع آوری اطلاعات از پرسش نامه تحمل ابهام نوع دوم مک لین استفاده گردید. این پرسش نامه ۱۳ گویه‌ای با مقیاس ۵ درجه ای لیکرت (کاملاً موافقم = ۱، موافقم = ۲، متوسط = ۳، مخالفم = ۴، کاملاً مخالفم = ۵) نمره گذاری می‌شود و دامنه نمرات آن از ۱۳ تا ۶۵ می‌باشد. در این پرسش نامه میزان نمرات پایین بیانگر قدرت تحمل ابهام پایین فرد است. این پرسش نامه زیر مقیاس ندارد و به صورت کلی تحمل ابهام در افراد را می‌سنجد. در پژوهش هرمن و همکاران (۲۰۰۹) اعتبار و روایی این ابزار مناسب گزارش شد، همچنین در پژوهش ثابتی و همکاران (۱۴۰۰)، ضریب پایایی پرسش

تجربه می‌کنند و سعی دارند از محرک‌های مبهم اجتناب کنند. آن‌ها همچنین تمایل دارند هر چه زودتر به نتیجه برسند (۱۲). لذا، تحمل ابهام یکی از عوامل مهم در کنار آمدن با سختی‌ها است (۱۳). در ناباروری نیز این بیماران تمایل دارند که به دنبال یک تشخیص پزشکی قطعی و صریح باشند (۱۴). در واقع یکی از مشکلات زنان نابارور، تحمل ابهام است. ابهام می‌تواند مانعی برای تصمیم‌گیری و پیش‌بینی مناسب باشد. علاوه بر این، مشخص شده است که ابهام به طور ذاتی بر نگرش‌های ادراکی و عاطفی افراد تأثیر می‌گذارد (۱۰).

در این راستا بسیاری از محققین به این نتیجه رسیده‌اند که ناباروری مهم‌ترین تجربه نگران‌کننده از زندگی یک زن است (۱۵). همچنین نتیجه یک پژوهش پیامد عمده ناباروری را که تهدیدکننده امنیت و ثبات زندگی مشترک است، مقوله اصلی ایجاد ابهام در زندگی افراد می‌داند. لذا، تداوم ناباروری، شکست‌های احتمالی و عدم قطعیت در مراحل درمانی منجر به افزایش مشکلات روانی این بیماران می‌گردد (۱۶). در این میان هر یک از انسان‌ها برای روبه‌رو شدن با مشکلات خود از نظر روان‌شناختی راهبردهایی را در پیش می‌گیرند. اگر چه طبق بررسی‌های پژوهشگر مطالعات خاصی در خصوص بررسی راهبردهای روان‌شناختی زنان نابارور با تحمل ابهام بالا صورت نگرفته است، اما مطالعاتی به صورت غیر مستقیم به راهبردهای روان‌شناختی این زنان پرداخته است. در پژوهشی راهبردهای مقابله‌ای زنان نابارور را به دو دسته راهبردهای متمرکز بر خود و راهبردهای متمرکز بر دیگران تقسیم کرده است (۱۷). همچنین نتایج مطالعه دیگر به راهبردهای مقابله‌ای متمرکز بر فرد، راهبردهای مقابله‌ای متمرکز بر خانواده و راهبردهای متمرکز بر جامعه اشاره داشته است (۱۸). با توجه به اینکه ناباروری شدیداً افراد را از لحاظ روان‌شناختی تحت تأثیر قرار می‌دهد، اما متأسفانه توجه چندانی به این بعد نمی‌شود. لذا، این مطالعه تلاش می‌کند تا با به کارگیری رویکرد کیفی، راهبردهای روان‌شناختی زنان نابارور با تحمل ابهام بالا را در فرآیند درمان بررسی نماید.

نامه تحمل ابهام با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد (۱۹).

در ضمن در این پژوهش نیز برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌ی عمیق نیمه ساختاریافته استفاده گردید. پژوهشگر علاوه بر استفاده از روش مصاحبه، از سایر روش‌های جمع‌آوری اطلاعات در مطالعات کیفی نظیر یادداشت برداری میدانی و مشاهده نیز استفاده نمود. جهت تنظیم سؤالات مصاحبه و برای اطمینان از روایی محتوایی آن‌ها، ابتدا پژوهش‌های مرتبط پیشین مرور گردید و سپس نظرات اساتید و افراد صاحب‌نظر در حوزه‌ی مطالعات کیفی و موضوع مورد مطالعه، اخذ شد. سپس به تهیه چارچوب کلی مصاحبه نیمه ساختاریافته اقدام گردید. پس از کسب اجازه از کمیته اخلاق دانشگاه، پژوهشگر پس از جمع‌آوری شماره تلفن برخی از زنان نابارور واجد شرایط از بیمارستان شهید اکبرآبادی با هر یک از آن‌ها تماس تلفنی برقرار نمود و ضمن معرفی خود و توضیح در مورد هدف و نوع مطالعه از آن‌ها خواست در صورت تمایل پرسش‌نامه تحمل ابهام مک‌لین (۱۹۹۳) را پر نمایند. سپس بعد از نمره گذاری پرسش‌نامه، با زنانی که در این پرسش‌نامه نمره بالا اخذ کرده بودند، تماس گرفته شد و مجدد با توضیح هدف از مصاحبه با آن‌ها قرار اولیه مصاحبه تنظیم گردید. پس از توافق با هر یک از زنان در مورد زمان و مکان مصاحبه، پژوهشگر برای هر یک از آن‌ها به صورت جداگانه به شرح کوتاهی از پژوهش، نتایج و کاربردهای آن پرداخت و به سئوال‌تشان پاسخ داد. همچنین به مشارکت کنندگان اطمینان داده شد که اصل رازداری رعایت می‌گردد. در ضمن به مشارکت کنندگان این تضمین داده شد که در هر مرحله از مصاحبه و تحقیق حق انصراف داشته و در صورت درخواست، کلیه فایل‌های صوتی و نوشتاری ایشان در اختیارشان قرار داده خواهد شد.

پس از مصاحبه با زنان در پژوهش حاضر، مصاحبه‌ها ابتدا با سئوال‌ت باز، برای به دست آوردن اطلاعات فردی شرکت کنندگان شروع شد، مثل: «لطفا در خصوص خودت و زندگی‌ات برایم بگو». این مرحله به عنوان بخشی از گفتگوی آغازین مصاحبه بود. در مرحله بعد

پژوهشگر از شرکت کنندگان درخواست نمود که در مورد چگونگی تجربیات خود در فرآیند درمانی صحبت کنند. در ادامه با طرح سئوال‌ت کاوشی مانند «می‌توانید در این مورد بیشتر توضیح دهید؟» یا «در این مورد منظورتان چه بود؟» به کاوش پاسخ‌های مشارکت کنندگان پرداخته شد. همه مصاحبه‌ها ضبط و سپس در نرم افزار word تایپ گردید. در ضمن مدت زمان مصاحبه‌ها بین ۳۵ تا ۹۰ دقیقه بوده است و از برخی شرکت کنندگان بر حسب لزوم دو بار مصاحبه انجام گردید.

روش تحلیل یافته‌ها

همزمان با جمع‌آوری اطلاعات، فرآیند تحلیل داده‌ها انجام گرفت. پژوهشگر در این مطالعه از روش تجزیه و تحلیل هفت مرحله‌ای کلاسیکی استفاده کرد. در گام اول پس از پیاده‌سازی مصاحبه‌ها، گفته‌های شرکت کنندگان بارها به دقت خوانده شد. سپس در گام دوم جملات مهم استخراج گردید. در گام سوم پژوهشگر کوشید که تا معانی هر جمله مهم را فرموله کند. پس از آن در گام چهارم معانی فرموله شده را به صورت خوشه‌هایی از موضوعات دسته‌بندی نمود. در گام پنجم پژوهشگر توانست تمامی ایده‌های حاصله را در قالب یک توصیف مفصل از پدیده تحت مطالعه مجتمع نمود. پس از آن در مرحله ششم پژوهشگر این توصیف مفصل از پدیده مورد مطالعه را به یک ساختار بنیادین تقلیل داد و در آخرین مرحله پژوهشگر به شرکت‌کنندگان در پژوهش مراجعه کرد و یک مصاحبه پایانی انجام داد تا میزان اعتبار نتایج خودش را بسنجد (۱۹). همچنین از نرم افزار MAXQDA ورژن ۲۰۲۲ جهت آنالیز داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج پژوهش حاضر در زمینه راهبردهای روان‌شناختی زنان نابارور با تحمل ابهام بالا با مصاحبه از ۱۲ زن نابارور که در پرسش‌نامه تحمل ابهام مک‌لین نمره بالا اخذ نموده بودند و حداقل دو بار درمان لقاح مصنوعی داشته‌اند (جدول ۱)، منجر به شناسایی ۷۵۴

جدول ۱- اطلاعات جمعیت شناختی زنان نابارور مصاحبه شده

ردیف	سن	تحصیلات	شغل	مدت زمان ازدواج	تعداد انجام لقاح مصنوعی
۱	۳۲	کارشناسی ارشد	کارمند	۱۲	۲ بار
۲	۴۴	کارشناسی	مدیر شرکت بیمه	۱۲	۲ بار
۳	۳۳	کارشناسی	خانه‌دار	۹	۲ بار
۴	۳۶	کاردانی	خانه‌دار	۱۵	۵ بار
۵	۳۸	دیپلم	خانه‌دار	۸	۳ بار
۶	۳۴	کاردانی	خانه‌دار	۸	۳ بار
۷	۳۹	کاردانی	خانه‌دار	۹	۳ بار
۸	۳۴	کارشناسی	حسابدار	۷	۲ بار
۹	۳۵	کارشناسی	کارمند بیمه	۱۲	۹ بار
۱۰	۳۶	کارشناسی	مربی مهد کودک	۱۰	۴ بار
۱۱	۳۷	کارشناسی	خانه‌دار	۱۸	۵ بار
۱۲	۳۲	کارشناسی	خانه‌دار	۸	۳ بار

جدول ۲- درون مایه‌های اصلی و فرعی به دست آمده از تحلیل موضوعی بررسی راهبردهای روان‌شناختی زنان نابارور با تحمل ابهام بالا در فرآیند درمان

ردیف	درون مایه اصلی	درون مایه فرعی
۱	نگاه مثبت نسبت به درمان	تلاش‌های متعدد خوشبینی و امیدواری انتظار موفقیت روبه رو شدن با چالش‌های حین درمان
۲	واقع‌بینانه شدن و کاهش انتظارات	تردید و نگرانی جستجوی اطلاعات مشورت با متخصصان کسب حمایت روانی بیرونی تعصب نداشتن به گزینه‌های درمان تغییر نگرش و تطبیق با واقعیت
۳	تفویض به مشیت الهی	پذیرش و تسلیم شدن تقدیرگرایی حفظ امید
۴	دگردیسی مرکزیت زندگی	جستجوی راهکارهای جایگزین تصمیم‌گیری درباره مسیر درمانی کسب حمایت خانواده و دوستان بهبود روان‌شناختی اقدام برای بازیابی کنترل زندگی

کردن به مشیت الهی و مرحله چهارم دگردیسی مرکزیت زندگی می‌شود که در ذیل به تشریح آن‌ها پرداخته شده است.

بحث

پژوهش حاضر به بررسی راهبردهای روان‌شناختی زنان نابارور با تحمل ابهام بالا پرداخته است. از آنجایی

که اولیه یا گزاره مفهومی گردید، که در نهایت ۱۸ درون‌مایه فرعی و ۴ درون‌مایه اصلی به دست آمده را به تصویر می‌کشد (جدول ۲). نتایج حاصل از این پژوهش نشان می‌دهد که زنان نابارور با تحمل ابهام بالا چهار مرحله را در درمان ناباروری تجربه می‌کنند. این مراحل شامل مرحله اولیه نگاه مثبت به زندگی، مرحله دوم واقع‌بینانه شدن و کاهش انتظارات، مرحله سوم تفویض

می‌گیرند و انتظار مثبتی را دارند. شرکت‌کننده‌ایی در این خصوص گفت: «انتظار داشتم که بار اول جواب بگیرم ولی نشد و احساس می‌کردم که خیلی بی‌دردسر باشه ولی خوب روش درمانیش خیلی سخت و طولانی بود و باید آمپول‌های زیادی استفاده می‌کردم.» (شرکت‌کننده ۱۲).

ج. انتظار موفقیت: زنان در این مرحله به شدت به موفقیت امیدوارند. آن‌ها معتقد هستند که با تلاش‌های خود می‌توانند به باروری و بچه‌دار شدن برسند و این انتظار مثبت آن‌ها را همراهی می‌کند. «یکی از شرکت‌کنندگان گفت: «اولش توقع داشتم نتیجه بگیرم. چون خیلی‌ها با مشکل من به صورت طبیعی باردار شدند. من فکر می‌کردم همون دفعه اول نتیجه می‌گیرم. باورم نمی‌شد که اینقدر مشکلم حاد بشه و نشه!» (شرکت‌کننده ۱۰).

د. عدم آگاهی از چالش‌های آینده: در این مرحله، زنان ممکن است با عدم آگاهی کاملی درباره چالش‌هایی که در طول مسیر درمان ناباروری روبه‌رو شوند. آن‌ها ممکن است در مرحله خود را توسعه و درک این چالش‌ها قرار ندهند. مصاحبه‌شونده‌ایی در این مورد گفت: «انتظار داشتم که بار اول بشه ولی نشد و احساس نمی‌کردم که روش درمانی‌اش اینقدر سخت و طولانی باشه. می‌دونید هم از نظر جسمی و هم از نظر روحی ضعیف می‌شدم. و یه احساس افسردگی بهت دست می‌داد» (شرکت‌کننده ۳).

این مرحله به روشن شدن بیشتری درباره تجربه زنان در مراحل اولیه ناباروری کمک می‌کند. همچنین، درک بهتری از نیازها و امیدواری‌های زنان در این مرحله، در طراحی و ارائه خدمات درمانی بهتر و حمایت مناسب از زنان نابارور می‌تواند مؤثر باشد.

۲) واقع‌بینانه شدن و کاهش انتظارات: مرحله دوم تجربه زنان از ناباروری، شامل تردید و نگرانی‌های بیشتر پیرامون باروری خود و شروع به جستجوی اطلاعات و مشورت با متخصصان است. در این مرحله، زنان شروع به درک بیشتری از مسئله ناباروری کرده و احساس نیاز به حمایت و راهنمایی بیشتری می‌کنند. برخی از جنبه‌های این مرحله عبارت است از:

که درمان ناباروری فشار جسمی و روانی را بر این زنان وارد کرده است، این زنان هم جسمشان تحت تاثیر درمان‌های سخت ناباروری قرار می‌گیرد و هم از نظر روانی آشفته می‌شوند. آن‌ها نمی‌دانند که پس از تحمل سختی‌های ناشی از درمان به نتیجه خواهند رسید یا خیر. همین ابهام ممکن است که زندگی را بر آن‌ها سخت‌تر نماید. بر اساس بررسی‌های صورت گرفته توسط پژوهشگر مشخص شد که هیچ پژوهشی به طور مستقیم به بررسی راهبردهای روان‌شناختی زنان نابارور با تحمل ابهام بالا نپرداخته است. لذا، این پژوهش از این لحاظ حائز اهمیت می‌باشد. نتایج این پژوهش نشان داد زنان ناباروری که تحمل ابهام بالایی در فرآیند درمان دارند، چهار مرحله را طی می‌کنند. این مراحل به ترتیب عبارتند از:

۱) نگاه مثبت به درمان: مرحله اول تجربه زنان از ناباروری، مواجهه با ناباروری پس از تلاش‌های متعدد برای باردار شدن است. در این مرحله، زنان به دلیل نداشتن اطلاعات کافی، نسبت به درمان بسیار خوشبین می‌باشند و امیدوار به موفقیت هستند. برخی از جنبه‌های این مرحله عبارت است از:

الف: تلاش‌های متعدد: زنان در این مرحله، تلاش‌های بسیاری را برای باردار شدن انجام می‌دهند. این تلاش‌ها ممکن است شامل استفاده از روش‌های طبیعی مانند روزهای حاصل‌خیز، استفاده از داروها و روش‌های درمانی مختلف، مشاوره با پزشکان و متخصصان ناباروری می‌باشد. مصاحبه‌شونده‌ایی در این مورد گفت: «ما ۱۲ ساله ازدواج کرده‌ایم و از سال ۹۴ و ۹۵ که تصمیم به بچه دار شدن گرفتیم، با توجه به اینکه به هیچ وجه جلوگیری نمی‌کردیم از همان موقع شروع به چکاپ و پیگیری نمودیم. با توجه به زمان طولانی که از ازدواجمون می‌گذشت و درمان‌های جسته‌گریخته‌ایی که داشتم. اولین اقدام درمانی، درمان لقاح مصنوعی (IVF) در بیمارستان دولتی بود، در آنجا ۳ بار انتقال داشتم که همه منفی شدند» (شرکت‌کننده ۱).

ب. امیدواری و خوشبینی: در این مرحله، زنان به شدت خوشبین و امیدوار به موفقیت هستند. آن‌ها به امید باروری و بچه‌دار شدن، از این تلاش‌ها انگیزه

مصاحبه شونده‌ایی در این باره گفت: «خب فکر می‌کردم شاید دانش و نظر دکترها با هم متفاوت باشه. شاید تشخیص‌هاشون فرق کنه. شاید جای دیگه جواب بگیرم جند تا کلینیک عوض کردم پیش دکترهای مختلفی رفتم که شاید جواب بگیرم» (شرکت کننده ۹).

د. کسب حمایت روانی بیرونی: در این مرحله، زنان به دنبال حمایت روانی بیرونی می‌باشند. آن‌ها ممکن است با تغییرات عاطفی و روحی در اثر ناباروری مواجه شوند و نیاز به فضایی برای بیان احساسات و اشتراک گذاری تجربیات خود داشته باشند. حمایت همسر، خانواده، دوستان و گروه‌های حمایتی می‌تواند در این مرحله بسیار مفید واقع شود. شرکت کننده‌ایی در این باره گفت: «ببین خب، این خوبه که یکی را دارم که شرایطش مشابه خودمه، بعضی وقت‌ها می‌بینی حتی مثلاً تلفنی با هم صحبت می‌کنیم یک ساعت، دو ساعت با هم حرف می‌زنیم. مثلاً به هم کمک می‌کنیم. راهنمایی می‌کنیم. بالاخره یه چیزهایی اون می‌دونه. یه چیزهایی من می‌دونم که به هم می‌گیم، واقعاً تاثیر داره» (شرکت کننده ۷). نتایج پژوهشی در این زمینه نشان داد که برای اکثر زنان، بیشترین حمایت‌هایی که احساس می‌کردند که به بهترین نحو آن‌ها را درک می‌کردند، این افراد کسانی بودند که تجربه شخصی یا آموزش حرفه‌ای در مورد ناباروری داشتند (۲۲).

ه. آگاهی از گزینه‌های درمانی: زنان در این مرحله، با گستره گزینه‌های درمانی مختلف برای ناباروری آشنا می‌شوند. آن‌ها ممکن است با روش‌های همچون تقویت‌های تولید مثل، روش‌های همکاری با هم‌تایان، فرایندهای همجنس‌گرایانه، تلقیح مصنوعی و پزشکی مولد، فرصت‌های پناه‌ندگی و فرزندخواندگی و روش‌های جایگزین مانند مادرخوانده شدن و رحم جایگزینی آشنا می‌شوند. شرکت کننده‌ایی در این مورد گفت: «الان در کلینیک جدیدی زیر نظر دکتر دیگری هستم تا ببینم آیا رحم من توان انجام دوباره لقاح مصنوعی رو داره وگرنه من به دنبال روش‌های دیگه‌ایی مثل رحم اجاره‌ایی یا گرفتن فرزند با شرم و درمانم را به شکل دیگه‌ایی جلو ببرم» (شرکت کننده ۲).

الف. تردید و نگرانی: در این مرحله، زنان شروع به تجربه تردید و نگرانی بیشتری در باره باروری خود می‌کنند. آن‌ها ممکن است به دلیل عدم توانایی در باروری، به سوالاتی درباره سلامت تولید مثل و مشکلات ناباروری خود پاسخ داده و نگرانی‌هایی درباره موفقیت در زندگی خانوادگی و پذیرش اجتماعی داشته باشند. شرکت کننده‌ایی گفت: «یه جورایی بلا تکلیفم، نمی‌دونم این که هیچ وقت بچه دار نشم. و اگه بچه دار نشم چه اتفاقی برای خودم و زندگیم می‌افته! هم‌سرم می‌تونه با این قضیه کنار بیاد! و اینکه بقیه چی می‌گن!» (شرکت کننده ۳).

ب. جستجوی اطلاعات: زنان در این مرحله، شروع به جستجوی اطلاعات بیشتر درباره ناباروری، علل آن و روش‌های درمانی مختلف می‌کنند. آن‌ها ممکن است به منابع آنلاین، کتاب‌ها، مقالات علمی و گفتگوهای انجمن‌های آنلاین مربوط به ناباروری رجوع کنند تا اطلاعات لازم را به دست آورند. مصاحبه شونده‌ایی در این خصوص گفت: «من بیشتر جستجو می‌کردم. اطلاعات پراکنده در گوگل و اینجور چیزها رو پیدا می‌کردم، چون جایی که من در مان و انجام داده بودم مریض‌های دیگه مثل من بودند و از قبل من این کار و انجام داده بودند، برای اون‌ها هم نشده بود. چندین نفر با هم انجام داده بودیم، همه منفی شده بودند. همچنین از مشاهدات عینی و ارتباطاتی که با بقیه خانم‌ها داشتم، سعی می‌کردم اطلاعات بگیرم» (شرکت کننده ۲). مطالعه و داد‌هیر و همکاران هم‌سو با یافته‌های مطالعه حاضر بود که زنان نابارور از روش‌های درمانی آگاهی نداشتند و اطلاعات خود را به صورت جسته و گریخته از اینترنت و از دوستان خود به دست می‌آوردند (۲۱).

ج. مشورت با متخصصان: زنان در این مرحله، به دنبال مشورت با پزشکان، متخصصان ناباروری و روانشناسان می‌باشند. آن‌ها نیاز به راهنمایی حرفه‌ای برای تشخیص علل ناباروری و ارائه گزینه‌های درمانی مناسب دارند. مشورت با متخصصان ناباروری می‌تواند به زنان کمک کند تا اطلاعات بهتری درباره وضعیت خود به دست آورند و تصمیمات مطلوب‌تری را اتخاذ کنند.

و. تغییر نگرش و تطبیق با واقعیت: در این مرحله، زنان ممکن است نگرش خود را نسبت به باروری و مسیر درمانی تغییر دهند. آن‌ها به تدریج متوجه می‌شوند که ناباروری یک مسئله پیچیده است و ممکن است نیاز به روش‌ها و فرآیندهای پیچیده‌تری برای رسیدن به باروری داشته باشد. مصاحبه‌کننده‌ایی می‌گفت: «خب، سعی کردم بپذیرم که درمان قطعی نیست. نمی‌تونی بگی صد درصد جواب می‌گیری. باید این احتمال نشدن و بزاری. من می‌دونم که حالا حالاها شاید باید این راه را برم» (شرکت کننده ۸).

توسعه این مرحله می‌تواند به تأکید بر اهمیت اطلاعات، مشورت با متخصصان و حمایت روانی درمان ناباروری کمک کند. همچنین، زنان را به سمت تصمیم‌گیری آگاهانه و انتخاب بهتر برای خود هدایت می‌کند. حمایت از زنان در این مرحله به منظور تسهیل فرآیند تغییر نگرش و تطبیق با واقعیت و همچنین تقویت اعتماد به نفس آن‌ها می‌تواند بسیار مهم باشد.

ج. تفویض به مشیت الهی: مرحله سوم در تجربه زنان نابارور، شامل قبول و تطبیق با واقعیت ناباروری و تقدیرگرایی است. در ادامه، برخی از جنبه‌های این مرحله آورده شده است.

الف. پذیرش و تسلیم شدن: در این مرحله، زنان نابارور تسلیم واقعیت ناباروری خود می‌شوند و این واقعیت را می‌پذیرند. آن‌ها ممکن است احساساتی مانند غم، افسردگی، استرس، اشتیاق، خشم و تردید را تجربه کنند، اما در نهایت به تطبیق با وضعیت ناباروری خود می‌پردازند و این وضعیت را به عنوان یک بخش از زندگی خود می‌پذیرند. مصاحبه‌شونده‌ایی در این مورد گفت: «با خودم می‌گم علم پزشکی و صد در صد نمی‌تونم ازش اطمینان پیدا کنم که می‌تونم ازش جواب بگیرم یا نه! ولی خب ممکنه یه روزی نتیجه بگیرم. بالاخره باید این راهو برم. نه یکبار. چند بار. سعی می‌کنم تلاشمو از دست ندم. من تلاشمو می‌کنم که بعداً عذاب وجدان نگیرم. نگم می‌تونستم، ولی دنبالش نرفتم. حداقل اگه بعداً هم هیچ جوهره نشد خودم از خودم راضی باشم. بگم من تمام سعیمو کردم ولی نشد» (شرکت کننده ۸).

ب. تقدیرگرایی: بسیاری از این زنان اعتقاد دارند که خواست خداوند هست که اگر تا به حال به آن‌ها فرزندی داده نشده است و حتماً خیری در این امر نهفته است و اگر خداوند برای آن‌ها مقرر کرده باشد حتماً صاحب فرزندی خواهند شد. شرکت‌کننده‌ایی می‌گفت: «من فقط خودمو سپردم دست خدا، می‌گم خدا هست که می‌پسنده من اینطور زندگی کنم. من کی هستم که بخوام یک چیز دیگه بخوام. شاید اصلاً صلاح من در اینه» (شرکت کننده ۴). یافته پژوهش حاضر با پژوهش نحوه مقابله زنان با استرس ناباروری به طور غیرمستقیم همخوان است. به طور مثال تفویض کردن به مشیت الهی و تمرکز بیشتر بر جنبه‌های مثبت آن و امیدواری (۱۷). در یافته‌های دیگر، پژوهشگران یافتند که ایمان ناگسستنی آن‌ها به خدا، نهایتاً به آنها قدرت می‌دهد تا بر بحران غلبه کنند یا توانمند شوند. طبق این پژوهش زنان نابارور تصور می‌کردند که هر چیزی که با آن مواجه شدند عللی دارد، و خداوند همه وقایع را برای آن‌ها ترتیب داده است (۲۵-۲۳). همچنین نتایج یک پژوهش عوامل معنوی مانند توسل به خداوند را یکی از عوامل افزایش امید در زنانی که در درمان ناباروری با شکست روبرو شده‌اند می‌داند (۲۶).

ج. حفظ امید: اگر چه امید داشتن برای این زنان سخت هست ولی این زنان در این مرحله همچنان امیدواری خود را حفظ می‌کنند. امید به آن‌ها شهادت ادامه درمان و می‌دهد و به آن‌ها کمک می‌کند تا بتوانند به آینده فکر کنند. آن‌ها معتقد بودند که امید برای به دست آوردن آن چیزی که آرزوی آن‌ها را دارند، امری ضروری است. مصاحبه‌شونده‌ایی می‌گفت: «امید، امید. واقعا امید. وقتی می‌گم انشالله اگه خدا بخواد نتیجه بگیرم یه امیدی در دلم زنده شده. هر دفعه که می‌خوام برم نمی‌گم نمی‌شه! می‌گم می‌شه. حالا تو این رفتن‌ها یکبار اتفاق می‌افته و می‌شه، نشد نداریم. حالا وقتش، زمانش هر موقع باشه اتفاق می‌افته. من باید برم، تلاش کنم تا وقتش برسه» (شرکت کننده ۸). این یافته به صورت غیرمستقیم با یافته پژوهشی که امیدوار ماندن را یکی از راه‌های مقابله این زنان با ناباروری بود، می‌دانست (۱۷).

این تصمیم و نداشته باشم. یکی هم طولانی شدن این فرآیند موجب شد که یک برنامه موازی هم باهاش پیش ببریم که بعداً خودمون و سرزنش کنیم که کم گذاشتیم برای درمان، چون ما علت ناباروریمون ناشناخته است به همین خاطر امیدی وجود داره که با درمان‌های ناباروری بتونم باردار شم. به همین دلیل تصمیم گرفتیم که یک بار دیگه شانسمون و امتحان کنیم. سعی کردیم این بار انتخاب آگاهانه‌تری داشته باشیم و همه زوایا رو در نظر بگیریم که مشکل چیه؟ و چه راه‌حلهایی وجود داره؟» (شرکت کننده ۱).

ج. کسب حمایت خانواده و دوستان: در این مرحله، خانواده و دوستان می‌توانند به عنوان منابع حمایتی عاطفی و اجتماعی عمل کنند و با ارائه اطمینان، شنیدن و حمایت فعال، زنان را در این مرحله تقویت کنند. یکی از زنان گفت: «از نظر من شاید همسر هست و حمایت‌هاش هست که من کم نیآوردم و هم کمکم می‌کنه. به نظرم اگه همسرم نخواد این راه را ادامه بده من تنهایی نمی‌تونم پیش برم. ممکنه یه جایی کم بیارم و بیاستم. حمایت‌های ایشون بوده به من کمک کرده. بهم انگیزه می‌ده» (شرکت کننده ۵).

د. بهبود روان‌شناختی: در این مرحله، مراقبت از سلامت روان‌شناختی بسیار مهم است. زنان ممکن است با استرس، اضطراب و افسردگی مواجه شوند. مشاوره روان‌شناختی و حضور در گروه‌های حمایتی روان‌شناختی می‌تواند به آن‌ها کمک کند تا با این احساسات مقابله کنند و استراتژی‌های مواجهه مؤثر را یاد بگیرند. شرکت کننده‌ای در این باره چنین می‌گفت: «من کلاً زمانی که جنین هام سقط شدند، ۲ سال کامل تحت نظر روانپزشک بودم. افسردگی شدید داشتم و از بیمارستان اینقدر حالم بود که دکتر زنانم منو ارجاع داد به آقای دکتر روانپزشکی در بیمارستان. من پیش ایشون می‌رفتم. خودم تحت نظر بودم و دارو مصرف می‌کردم ولی مدت‌اش زیاد نبود و از یه جایی به بعد گفت با همسرت بیا. آخه همسر هم خیلی اذیت شد از نظر عاطفی اون هم حالش بعد از اون ماجرا خوب نبود و اون هم دارو مصرف می‌کرد» (شرکت کننده ۹).

توسعه این مرحله می‌تواند به این زنان کمک کند که آن‌ها هر چه بهتر بتوانند واقعیت را بپذیرند و خود را با مشکلی دارند، سازگار کنند. همچنین با حفظ توکل به خداوند برای ادامه درمان دست از تلاش برندارند و امیدواری خود را حفظ نمایند.

د. دگردیسی مرکزیت زندگی: در این مرحله، زنان به طور فعال با واقعیت ناباروری خود مواجه می‌شوند و تصمیمات مهم در باره راهبردهای درمانی و زندگی خانوادگی می‌گیرند.

الف. جستجوی راهکارهای جایگزین: در این مرحله، زنان به بررسی گزینه‌های مختلف درمانی برای ناباروری می‌پردازند. آن‌ها به طور دقیق اطلاعات مربوط به روش‌های درمانی مانند تقویت‌های تولید مثل، درمان دارویی، تلقیح مصنوعی، جراحی، فرزندخواندگی و رحم اجاره‌ایی را جمع‌آوری می‌کنند. زنی در این خصوص می‌گفت: «ما بچه می‌خوایم، حالا بچه خودمون باشه یا بچه ایی که نیاز به سرپرستی داره این فرقی نمی‌کنه، شاید تصمیم بگیریم که یه بچه بیاریم. مهم اینه که یه بچه باشه که ما بتونیم بزرگش کنیم. تربیتش کنیم و بهش عشق بدیم، این مهمه. به هر حال این هزینه‌های زیادی که برای درمان می‌کنیم برای آینده یه بچه هزینه کنیم، خیلی بهتره» (شرکت کننده ۷).

ب. تصمیم‌گیری درباره مسیر درمانی: زنان در این مرحله تصمیم‌های مهم در باره راهبرد درمانی خود می‌گیرند. آن‌ها بر اساس اطلاعاتی که جمع‌آوری کرده‌اند، به تبیین اهداف درمانی خود و انتخاب روش‌هایی که بهترین شانس برای باروری را فراهم می‌کند، می‌پردازند. این تصمیم‌گیری ممکن است شامل در نظر گرفتن عوامل مالی، فیزیکی و روانی باشد و ممکن است نیاز به مشورت با پزشکان و متخصصان داشته باشد. صاحبه شونده‌ای می‌گفت: «ببینید ما تصمیم گرفتیم که برای موضوع اهدایی اقدام کنیم و یک زمان خیلی زیادی گذشت که من بتونم به این پذیرش برسیم که از چنین راهی هم می‌تونم استفاده کنم. یک آگاهی خاصی نسبت به این موضع پیدا کردم. این راه طولانی شده و من دارم به این موضوع نزدیک می‌شم، کمی ترس و نگرانی برم داشته که نکنه ظرفیت

کلینیک‌های درمان ناباروری می‌توانند در جهت درک و حمایت بیشتر زنان نابارور به افزایش تحمل ابهام آنان جهت ادامه فرآیند در مان کمک نمایند. همچنین بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان پیشنهاد داد که در پژوهش‌های آتی با نگاه عمیق به تجربه مردان نابارور با تحمل ابهام بالا پرداخته شود. در ضمن پیشنهاد می‌گردد که در تمامی مراکز و بیمارستان‌هایی که خدمات در مان ناباروری را ارائه می‌دهند، دفاتر مشاوره روان‌شناختی فعال دایر گردد.

در ضمن از مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش حاضر، دسترسی به زنان ناباروری که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، بود. از جمله محدودیت دیگر این پژوهش انجام مطالعه در یک بازه زمانی و یک مکان خاص بود، لذا، تعمیم نتایج آن را با احتیاط مواجه می‌سازد.

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش کلیه ملاحظات اخلاقی شامل تصویب طرح در شورای پژوهشی دانشگاه، اخذ کد اخلاق به شماره IR.IAU.CTB.REC.1402.081 و اخذ رضایت مشارکت‌کنندگان و حفظ گمنامی آنان و اختیاری بودن خروج از پژوهش رعایت گردید.

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌سازی و نگارش پیش‌نویس: نیلوفر دیرمانچی و سمیه کاظمیان؛ روش‌شناسی: سمیه کاظمیان و علی اکبر خسروی بآبادی تحلیل: نیلوفر دیرمانچی؛ ویراستاری و نهایی‌سازی: نیلوفر دیرمانچی و سمیه کاظمیان؛ نظارت: سمیه کاظمیان.

تقدیر و تشکر

از سرکار خانم دکتر شهناز احمدی عضو محترم هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران، پرسنل محترم بیمارستان شهید اکبرآبادی و تمامی شرکت‌کنندگانی که در این پژوهش ما را یاری کردند، کمال تشکر را داریم.

۵. اقدام برای بازیابی کنترل زندگی: نتایج نشان داد که برخی زنان نابارور، به منظور کاهش نشخوار فکری و تغییر تمرکز زندگی خود، تلاش می‌کنند به خودشان بیردازند و کارهایی را که به تعویق انداخته بودند، شروع کنند. مصاحبه‌شونده‌ایی اینچنین گفت «با توجه به اینکه برنامه‌های دیگه‌ایی برای زندگی‌مون داریم تمرکزمون و بردیم روی آن‌ها. مثلاً دوست داریم مهاجرت کنیم و برای مهاجرت اقدام کردیم. یا کارهای دو نفره با همسر و شروع کردیم مثل زبان خوندن و ورزش کردن. تصمیم گرفتیم زمان هامون و با کارهایی که انگیزه بخش برای زندگی‌مون هست پر کنیم و صرفاً خودمون و محدود به بچه دارشدن نکردیم. دلایل و انگیزه‌های دیگری برای زندگی‌مون پیدا کردیم و روی آن‌ها تمرکز کردیم، مثلاً از نظر کاری مشغله‌هایی برای خودم به وجود آوردم و خودم و با آن‌ها درگیر کردم و کارهایی که خوشم می‌آمد که انجام بدهم و شروع کردم و کارهای که همیشه یک گوشه‌ایی از ذهنمون بود ولی به دلیل اولویت دادن به بچه دارشدن که از آنها غافل شده بودیم! به طور مثال سفری که همیشه دوست داشتیم بریم ولی نمی‌رفتیم و رفتیم. وسایلی که خیلی وقت‌ها دوست داشتیم داشته باشیم، نمی‌خریدیم و خریدیم» (مصاحبه‌کننده ۱). این یافته با پژوهش نجوگو و همکاران (۲۵) و کاراکال و آنسل (۹) همسو بود.

از نتایج این پژوهش می‌توان در یافت زنان نابارور، نیازمند اطلاعات و مشاوره مرتبط با بچه‌دار شدن هستند. لذا، نیازمند حمایت و راهنمایی در مورد در مان‌های ناباروری می‌باشند. از آنجایی که آن‌ها تجربیات، یافته‌های شخصی و دیدگاه‌های فردی درباره این موضوع را دارند. پژوهشگر دریافت زانی که نسبت به ابهام تحمل بالایی دارند، شروع به شناخت مثبت در مورد وضعیت مربوط به خود می‌کنند و این شناخت را یک قطعیت در نظر نمی‌گیرند. آن‌ها همچنان که با امیدواری به در مان ادامه می‌دهند دیگر جنبه‌های زندگی خود را حذف نمی‌کنند و تلاش برای باردار شدن را در کنار مسائل دیگر زندگی دنبال می‌کنند. در راستای کاربرد نتایج پژوهش حاضر، پزشکان، متخصصین زنان و نازایی، روانشناسان، مشاوران

References

1. Frederiksen Y, Farver-Vestergaard I, Skovgård NG, Ingerslev HJ, Zachariae R. Efficacy of psychosocial interventions for psychological and pregnancy outcomes in infertile women and men: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2015;5(1).
2. Modarres M, Abunasri M, Alhani A, Ebrahimi E. The Effectiveness of Implementing Family-Centered Empowerment Model on Irrational Thoughts of Iranian Infertile Women: A Randomized Clinical Trial. *J Caring Sci*. 2022;11(4):224-231.
3. Sharma A, Shrivastav D. Psychological Problems Related to Infertility. *Cureus*. 2022;14(10).
4. Shaban Nejad A, Fazal Ali M, Mirzaian B. [The mediating role of psychological flexibility in the relationship between self-efficacy and health-promoting behaviors in infertile women]. *Ibn Sina's Scientific Research Quarterly*. 1400;23(3):52-62. (Persian)
5. Bagade T, Thapaliya K, Breuer E, Kamath R, Li Z, Sullivan E, et al. Investigating the association between infertility and psychological distress using the Australian Longitudinal Study on Women's Health (ALSWH). *Sci Rep*. 2022;12(1):10808.
6. Maharloui N, Morshed-Behbahani B, Doryanizadeh L, Kazemi M. Prevalence and Pattern of Infertility in Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis Study. *Women. Health Bull*. 2021;8(2):63-71
7. Khan A R, Iqbal N, Afzal A. Impact of Infertility on Mental Health of Women. *Int J Indian Psychol*. 2019;7(1):804-809.
8. Xie Y, Ren Y, Niu C, Zheng Y, Yu P, Li L. The impact of stigma on mental health and quality of life of infertile women: A systematic review. *Front Psychol*. 2022;13:1093459.
9. Karacal A, Unsal G. Psychosocial Problems and Coping Strategies among Turkish Women with Infertility. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2015;9(3):243-250.
10. Jamasian A, Dukanei Fard F. The effectiveness of group reality therapy on increasing resilience, life expectancy, and improving the quality of life of infertile women in Sarem Infertility Center. *Counsel Psychother Culture*. 2017;8(29):232-262 (Persian).
11. Lang A, Fleiszer AR, Duhamel F, Sword W, Gilbert KR, Corsini-Munt S. Perinatal loss and parental grief: the challenge of ambiguity and disenfranchised grief. *Omega (Westport)*. 2011;63(2):183-96.
12. Tong D, Yang W, Zhang Q, Li W, Wei D, Che X, et al. Association between regional white and gray matter volume and ambiguity tolerance: Evidence from voxel-based morphometry. *Psychophysiology*. 2015;52(8):983-989.
13. Pour, HK, Damari H. "Comparing Emotion Self-Consciousness, Ambiguity Tolerance, and Resilience Among Addicted and Normal Individuals." *Asian Journal of Research in Social Sciences and Humanities*. 2018;8(75).
14. Chan CHY, Chan THY, Chan CLW, Ng EHY, Ho PC. Diagnostic Ambiguity and Psychosocial Distress among Chinese Women with Idiopathic and Non-Idiopathic Infertility. *Illness Crisis Loss*. 2015;23(1):45-58.
15. Thapa N, Verm S, Chander G, Bhat A, Bushan Raina D, Kachroo S, et al. The psychological impact on infertile women – A review. *J Reprod Healthcare Med*. 2021;2(10).
16. Allahyari T, Ghorbani B, Alamin Sh. [Infertility and feeling insecure in life. *Scientific Journal of Social Order*]. 2018;11(3):67-92. (Persian).
17. Eftari SH, Mohsenzade F, Zaharakar K. [How women cope with infertility stress: a phenomenological study]. *Journal of Women and Family Studies of Al-Zahra University Research Institute*. 2019;7(2):9-3. (Persian)
18. Alibeigi N. Identifying coping strategies of infertile women against individual, family, and social stressors caused by infertility. *The fifth International Conference of Psychology, Educational Sciences and Social Studies, Hamedan*. 2022. (Persian).
19. Sabeti P, Haghgoo M, Farzane F, Ajabi M, Alimardani S. [The role of psychological disturbance and ambiguity tolerance in the feeling of loneliness of quarantined working women in the conditions of Corona]. *Applied Family Therapy Scientific Research Quarterly*. 2021;5(9):116-127. (Persian).
20. Nikbakht nasaabadi A, Barimnezhad L, Jolae S. An introduction to phenomenological research. *community-minded*. (Persian). 2015.
21. Vedadhir R, Rahmani D, Dabbagh T. [Infertility as a socio-cultural problem: The experience of infertile women seeking treatment in Qazvin]. *Social Issues of Iran*. 2017;7(9):679-692. (Persian)
22. Tristan D, Bain MC, Reeves P. Counseling and therapy for Couples and Families. *The Family Journal*. 2019;27(2):156-166.
23. Tiu M, Hong J, Cheng V, Kam C, Ng B. Lived experience of infertility among Hong Kong Chinese women. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2018;13(1).
24. Janković L, Todorović J. Lived Experiences OF woman in RELAT relation to infertility – A review of the qualitative research. *Series: Philosophy, Sociology, Psychology, and History*. 2021;20(2):137-148.
25. Njogu A, Njogu J, Mutisya A, Luo.

Experiences of infertile women pursuing treatment in Kenya: a qualitative study. *BMC Women's Health*. 2022;22(1):364.

26. Mosalanejad L, Parandavar N, Gholami M, Abdollahi Fard S. Increasing and decreasing factors of hope in infertile women with failure in infertility treatment: A phenomenology study. *Iran J Reprod Med*. 2014;12(2):117-124.